Deutscher Bundestag **Drucksache 17/9337**

17. Wahlperiode 18. 04. 2012

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/9229 –

Umsetzung des Orientierungswertes für Krankenhäuser

Vorbemerkung der Fragesteller

§ 10 Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sieht vor, zur Bestimmung des Anstiegs der Basisfallwerte anstelle der bislang vorgegebenen Veränderungsrate des § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) einen Orientierungswert zu schaffen. Dieser soll nach der damaligen Intention des Gesetzgebers die Kostenstrukturen und Kostenentwicklungen für Krankenhäuser besser als dies bislang durch die Grundlohnrate nach § 71 SGB V möglich ist berücksichtigen. Dem Statistischen Bundesamt war aufgegeben, die Systematik zur Ermittlung dieses Wertes bis zum 31. Dezember 2009 zu entwickeln und den Wert auf dieser Grundlage bis zum 30. Juni 2010 erstmalig zu ermitteln. Das Bundesministerium für Gesundheit sollte durch Rechtsverordnung den Zeitpunkt und den Umfang der erstmaligen Anwendung des Orientierungswertes bestimmen. Bislang ist dies nicht erfolgt. Am 27. Februar 2012 hat der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, erklärt, er plane die „zeitnahe“ Einführung des Orientierungswertes. Einzelheiten etwa zur Systematik, zum genauen Zeitpunkt und zum Umfang nannte er nicht (vgl. ÄRZTE-ZEITUNG vom 27. Februar 2012). Er machte jedoch deutlich, dass die Krankenhäuser nicht von einer vollen Refinanzierung des Orientierungswertes ausgehen dürften.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der nach § 10 Absatz 6 KHEntgG vom Statistischen Bundesamt zu ermittelnde Orientierungswert stellt auf die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich ab, nicht wie die Grundlohnrate nach § 71 SGB V auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen. Dennoch muss für eine nachhaltig tragfähige Entwicklung der Krankenhausausgaben auch weiterhin die Einnahmen- und Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung im Blick behalten werden. Deshalb gibt der Gesetzgeber in § 10 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG vor, dass die geltende Grundlohnrate nicht etwa durch den Orientierungswert, sondern durch den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswerts (Veränderungswert) abgelöst werden soll. Der Veränderungswert soll dafür sorgen, dass die

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 16. April 2012 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Krankenhäuser auch weiterhin wirtschaftlich handeln müssen. Eine zeitliche Vorgabe für die Einführung des Veränderungswertes enthält die gesetzliche Regelung nicht. Die Einführung des Veränderungswerts wird von der Bundesregierung unter Berücksichtigung der finanziellen Situation der Krankenhäuser wie der Implikationen für die Kostenträger im weiteren Gesetzgebungsverfahren des Psych-Entgeltgesetzes geprüft.

1. Ab wann wird nach den Plänen der Bundesregierung die Grundlohnrate durch den Orientierungswert abgelöst?

Die Einführung des Veränderungswerts wird, wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung dargelegt, im weiteren Gesetzgebungsverfahren des Psych-Entgeltgesetzes geprüft.

2. a) Hat das Statistische Bundesamt die Entwicklung der Methodik zur Ermittlung des Orientierungswertes, wie in § 10 Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes festgelegt, abgeschlossen?

   Wenn ja, mit welchem konkreten Ergebnis?

   Wenn nein, warum nicht?

   b) Welchen Entwicklungsstand hat die Methodik derzeit, und wie sieht das weitere Verfahren, insbesondere die Zeitplanung, konkret aus?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat nach § 10 Absatz 6 Satz 1 KHEntgG das Statistische Bundesamt (StBA) mit der Ermittlung des Orientierungswerts beauftragt. Hierzu wurde vom StBA termingerecht eine Systematik entwickelt, die der Ermittlung des Orientierungswerts zu Grunde gelegt wird. Die Systematik zur Ermittlung des Orientierungswerts erlangt erst Bedeutung, wenn das Bundesministerium für Gesundheit nach § 10 Absatz 6 Satz 4 KHEntgG durch Rechtsverordnung den Veränderungswert und das Jahr der Einführung bestimmt. Die Rechtsverordnung ist bislang nicht erlassen worden.

3. a) Auf der Grundlage welcher Methodik wurde der Orientierungswert entwickelt, und welche methodischen Alternativen wurden hierbei geprüft?

Der Orientierungswert wird als gewichteter Preisindex ermittelt, der quartalsbezogen für einen zurückliegenden Zeitraum, aber möglichst zeitnah, die Entwicklung der Personal- und Sachkosten abbildet. Der verwendete Index misst die reinen Preisveränderungen im Vergleich zur Vorperiode. Als Gewichtungsgrundlage dient der jeweils aktuelle Kostennachweis der Krankenhäuser.

Alternativ wurde für den Personalkostenbereich die Entwicklung von zwei weiteren Kenngrößen, Messzahl und Kostensumme, geprüft, mit denen jeweils über Preisveränderungen hinaus auch Veränderungen in der Struktur und der Menge der Arbeitsstunden berücksichtigt werden.

   b) Welche Daten wurden zur Entwicklung des Wertes herangezogen?

Als Basis für die Berechnung der Entwicklung der Personalkosten zieht das StBA die als Stichprobe durchgeführte Vierteljährliche Verdiensterhebung heran. Als Basis für die Berechnung der Entwicklung der Sachkosten zieht das StBA verschiedene Preisstatistiken heran. Es werden ca. 200 Preisindizes aus den Bereichen Erzeugerpreise für gewerbliche Produkte, Verbraucherpreisstatistik, Erzeugerpreisstatistik für Dienstleistungen und Preisindizes für die Bauwirtschaft verwendet. Die Gewichtung der verwendeten Indizes orientiert sich

an Kostengruppen des jährlich von den Krankenhäusern zu erhebenden Kostennachweises. Die beiden getrennt ermittelten Teilorientierungswerte für die Personal- und Sachkosten werden in einem letzten Schritt zum Orientierungswert für Krankenhäuser zusammengeführt. Hierzu dient ebenfalls der aktuelle Kostennachweis der Krankenhäuser als Gewichtungsgrundlage.

c) Welche Höhe hat der laut Gesetz zum 30. Juni 2010 durch das Statistische Bundesamt erstmalig ermittelte Orientierungswert?

Wenn kein Wert ermittelt wurde, warum nicht?

Auf die Antwort zu Frage 2 wird verwiesen.

4. Ist es vorgesehen, die Methodik zur Ermittlung des Orientierungswertes beispielsweise im Rahmen einer Anhörung einer Bewertung durch Verbände und unabhängige Sachverständige zu unterziehen?

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, wann?

Das Grundkonzept für die Ermittlung der Systematik des Orientierungswerts wurde Vertretern der Länder und der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband Bund, Verband der privaten Krankenversicherung) am 15. Dezember 2009 vom StBA vorgestellt und mit diesen diskutiert.

5. Aufgrund welcher Kriterien beabsichtigt die Bundesregierung, eine Entscheidung über den Veränderungswert zu treffen, also den Anteil des Orientierungswertes, der von den Krankenkassen zu refinanzieren ist?

Die Einführung des Veränderungswerts wird von der Bundesregierung unter Berücksichtigung der finanziellen Situation der Krankenhäuser wie der Implikationen für die Kostenträger im weiteren Gesetzgebungsverfahren zum Psych-Entgeltgesetz geprüft.

6. a) Wie bewertet die Bundesregierung die Kritik des GKV-Spitzenverbandes (GKV = gesetzliche Krankenversicherung), bei der Ermittlung des Orientierungswertes müssten nicht nur die Kostensteigerungen, sondern auch die Produktivitätssteigerungen der Krankenhäuser einbezogen werden (vgl. DIE WELT vom 28. Februar 2012)?

b) Wie bewertet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Regelung in § 10 Absatz 3 KHEntgG, wonach Wirtschaftlichkeitsreserven und Mengenentwicklungen bei der Fortschreibung des Landesbasisfallwertes zu berücksichtigen sind?

Wegen des Sachzusammenhangs werden die Fragen 6a und 6b gemeinsam beantwortet.

Die Entwicklung von Fallzahl und -struktur wird nach der Systematik des StBA nicht bei der Ermittlung des Orientierungswertes berücksichtigt. Diese Komponenten sind ebenso wie Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach § 10 Absatz 3 KHEntgG bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen.

7. Sieht die Bundesregierung einen Zusammenhang zwischen der Refinanzierung des Orientierungswertes bzw. der Festsetzung des Veränderungswertes und der Mengenentwicklung bei Krankenhausleistungen?

   Wenn ja, welchen?

Auf die Antwort zu Frage 5 wird verwiesen.

8. a) Für welche anderen Leistungserbringerbereiche im Gesundheitswesen werden derzeit die Leistungsentgelte auf der Basis der Grundlohnrate fortgeschrieben?

Die Entwicklung der Gesamtvergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen (mit Ausnahme der Individualprophylaxe und der Früherkennung) ist noch bis zum 31. Dezember 2012 an die Grundlohnsummenentwicklung gebunden. Für das Jahr 2012 ist die Grundlohnrate für die Entwicklung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz um 0,5 Prozentpunkte abgesenkt (§ 85 Absatz 2d SGB V).

Ab dem 1. Januar 2013 sind bei der Fortschreibung der Gesamtvergütungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht nur die Grundlohnsummenentwicklung, sondern auch weitere gesetzlich vorgegebene Kriterien gleichberechtigt zu berücksichtigen (§ 85 Absatz 3 SGB V in der ab 1. Januar 2013 geltenden Fassung).

Auch die Entwicklung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei der Regelversorgung mit Zahnersatz ist nach § 57 Absatz 1 Satz 5 SGB V durch die Grundlohnsummenentwicklung begrenzt. Das Gleiche gilt für die zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbarten, bundeseinheitlichen Durchschnittspreise für zahntechnische Leistungen (§ 57 Absatz 2 Satz 5 SGB V).

Für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln gilt, dass vereinbarte Fortschreibungen der jeweiligen Vergütung die Grundlohnrate grundsätzlich nicht überschreiten dürfen. Eine regelhafte Fortschreibung der Vergütung in Höhe der Grundlohnrate ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Die Vergütungen für die stationären Leistungen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und die Vergütungen für die ambulanten Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Einrichtungen vereinbart (§ 111 Absatz 5 bzw. § 111c Absatz 3 SGB V). Für die Vereinbarungen zur Veränderung der jeweiligen Vergütungen gilt – ebenso wie für die evtl. Entscheidung der Landesschiedsstelle – der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V. Für die Veränderung vereinbarter Vergütungen bedeutet dies, dass die nach § 71 Absatz 3 Satz 1 SGB V festgesetzte Veränderungsrate nicht überschritten werden darf, es sei denn die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten oder die mit einer Überschreitung verbundenen Mehrausgaben werden durch Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen.

Soweit das SGB V in § 132 ff. Vergütungsverträge im Bereich der Beziehungen der Krankenkassen zu sonstigen Leistungserbringern vorsieht, ist darauf hinzuweisen, dass auch hier der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V grundsätzlich Anwendung findet. Besonderheiten gelten für die Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe. So sieht § 134a Absatz 1 Satz 2 SGB V ausdrücklich die Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gleichberechtigt neben den berechtigten wirtschaftlichen Interessen der Hebammen und dem Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe und deren Qualität vor. Zudem enthält der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar

2012 neu eingefügte Satz 3 des § 134a Absatz 1 SGB V die Vorgabe, bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen insbesondere Kostensteigerungen zu beachten, die die Berufsausübung betreffen.

Auch bei der Festlegung oder Vereinbarung der Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte ist die Grundlohnrate grundsätzlich zu beachten. Gleichzeitig gelten die jeweiligen landesrechtlichen Vorgaben zur Festsetzung der Gebühren und Entgelte.

b) Für welche Leistungserbringerbereiche greifen andere Instrumente der Preisanpassung, und wie sind diese ggf. ausgestaltet?

Im vertragsärztlichen Bereich legt der Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab jährlich bis zum 31. August einen bundeseinheitlichen Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen fest (§ 87 Absatz 2e SGB V). Bei der Anpassung des Orientierungswertes sind nach § 87 Absatz 2g SGB V insbesondere die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, die Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu berücksichtigen. Auf Grundlage des Orientierungswertes vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam und einheitlich bis zum 31. Oktober einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist. Dabei können die Vertragspartner gemeinsam und einheitlich auch regionale Zuschläge oder Abschläge vorsehen.

Die Preisspannen für Arzneimittel und Zuschläge für besondere Leistungen der Apotheken, die in öffentlichen Apotheken zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden, sind in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) in Verbindung mit § 78 des Arzneimittelgesetzes (AMG) und § 130 Absatz 1 SGB V geregelt. Demnach erhalten Apotheken für von ihnen abgegebene verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel einen Festzuschlag in Höhe von 8,10 Euro zuzüglich eines Aufschlags von 3 Prozent auf den Einkaufspreis des Arzneimittels (§ 3 AMPreisV) sowie Zuschläge für besondere Leistungen. Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten von den Apotheken einen Abschlag von 2,05 Euro je verschreibungspflichtigem Fertigarzneimittel (§ 130 Absatz 1 SGB V). Dieser Abschlag ist erstmalig mit Wirkung für das Kalenderjahr 2013 von den Vertragspartnern der Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband) so anzupassen, dass die Summe der Vergütungen der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht ist. Dabei sind Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu berücksichtigen. Zudem kann der Festzuschlag gemäß § 78 AMG Absatz 1 Satz 2 auch durch Änderung der AMPreisV an die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung angepasst werden.

9. Welcher Zusammenhang besteht bei anderen Leistungserbringerbereichen zwischen der Fortschreibung der Leistungsentgelte und der Mengenentwicklungen?

   Wer trägt dort jeweils das Morbiditätsrisiko?

Die Anpassung des im vertragsärztlichen Bereich geltenden Orientierungswerts in Euro für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ist von Mengenentwicklungen unabhängig. Auch die bei der Anpassung des Orientierungswerts vorgesehene Berücksichtigung der mit Fallzahlsteigerungen verbundenen Kostendegressionseffekte (§ 87 Absatz 2g Satz 1 Nummer 3 SGB V) ist nicht so zu

verstehen, dass der Orientierungswert bei einer Fallzahlsteigerung so weit abzusenken ist, dass die rechnerische Honorarsumme insgesamt konstant bleibt. Ein solches automatisches „Floaten“ des Orientierungswerts würde dem vom Gesetzgeber verfolgten Ziel, das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen zu verlagern, entgegenstehen.

In der vertragszahnärztlichen Versorgung erhalten die regionalen Vertragspartner ab dem Jahr 2013 größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen. Es werden neue Kriterien vorgegeben, um eine bedarfsgerechte und den morbiditätsbedingten Leistungsbedarf widerspiegelnde Vergütung zu ermöglichen.

Die Einnahmen der Apotheken aus der Abgabe von Arzneimitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sind abhängig von Menge und Preis der abgegebenen Arzneimittel, bei Fertigarzneimitteln zudem vom Apothekenabschlag nach § 130 Absatz 1 SGB V. Der Abschlag ist mit Wirkung für das Kalenderjahr 2013 anzupassen. Dabei sind Veränderungen der Leistungen der Apotheken auf Grundlage einer standardisierten Beschreibung der Leistungen im Jahre 2011 zu ermitteln sowie Einnahmen und Kosten der Apotheken durch tatsächliche Betriebsergebnisse repräsentativ ausgewählter Apotheken zu berücksichtigen.

Im Heil- und Hilfsmittelbereich und bei den sonstigen Leistungserbringern einschließlich den Rettungs- und Krankentransporten besteht kein direkter Zusammenhang zwischen der Fortschreibung der Leistungsentgelte und Mengenentwicklungen. Das Morbiditätsrisiko tragen die Krankenkassen.

Für die Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit den Krankenkassen bestehen – neben dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität – keine weiteren gesetzlichen Vorgaben.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333